

Philosophia Scientiæ

Travaux d'histoire et de philosophie des sciences

28-3 | 2024

Kurt Goldstein

Kurt Goldstein

« Outsider as Insider », la neuroréhabilitation selon Goldstein

Outsider as Insider: Goldstein's approach to neurorehabilitation

CHARLOTTE GILART DE KERANFLEC'H

p. 117-145

<https://doi.org/10.4000/12frq>

Résumés

Français English

Nous avons déjà eu l'occasion d'étudier comment Goldstein avait offert ses postulats fondamentaux à la neuroréhabilitation, lui permettant de s'imposer comme une nouvelle branche disciplinaire de la médecine [Gilart de Keranflec'h 2021]. Nous émettons aujourd'hui l'hypothèse que les propositions que Goldstein emprunte à ses confrères neurologues contemporains en les reformulant, celles qu'il rejette, celles qu'il prolonge seraient autant d'acculturations successives menant vers une terre plus vaste que la seule neurologie : le soin réhabilitateur. Bien avant d'éprouver l'exil comme tournant biographique majeur de son existence, Goldstein n'a-t-il pas déjà fait emprunter le chemin de l'exil à la neurologie en exigeant d'elle la considération de ses hybridations nécessaires avec les questions sociales et environnementales ? Alliant des dimensions du *care*, du *cure* et même du *healing*, le soin réhabilitateur conteste en effet à la seule discipline médicale sa prééminence sur des résultats de santé positifs pour les malades ayant des problèmes de santé dont la gravité les laisse en situation de handicap.

We have already had the occasion to study how Goldstein offered his fundamental postulates to neurorehabilitation, enabling it to establish itself as a new disciplinary branch of medicine [Gilart de Keranflec'h 2021]. Now we shall hypothesize that the proposals that Goldstein borrowed from his fellow contemporary neurologists by reformulating them, those he rejected and those he prolonged, were successive acculturations leading to a broader area than neurology alone, namely rehabilitative care. Long before he experienced exile—a major biographical turning point in his life—had Goldstein not already led neurology down the path of exile, by demanding that it take into consideration its necessary hybridization with social and environmental issues? Combining dimensions of care, cures and even healing, rehabilitative care challenges the medical discipline alone for its pre-eminence over positive health outcomes for patients with health problems whose severity leaves them in a situation of disability.

Texte intégral

1 Selon Kudlick [2003], l'histoire de la médecine et l'histoire du handicap ont souvent été comme des « frères et sœurs rivaux », alors qu'il serait plus fécond de les envisager comme des « jumeaux ». L'on peut considérer que l'œuvre de Goldstein¹ est à la lisière des deux. Linker [2013] souligne que les deux champs ont connu une histoire parallèle avec, finalement, peu de points de contact, bien que leurs objets s'interpénètrent. Ce point de contact, nous le trouvons dans la fondation par Goldstein de la neuroréhabilitation des cérébrolésés. L'œuvre de Goldstein propose une tension permanente, celle de choisir si nous la lisons sous le prisme de l'histoire du handicap ou sous celui de l'histoire de la médecine. Les deux sont possibles. Néanmoins, elle semble nous prémunir de l'erreur qui consisterait à envisager le handicap comme une catégorie ontologiquement et phénoménologiquement différente de la maladie². Pour Goldstein, la cérébrolésion et le handicap qu'elle génère ne sont pas des questions en marge de la médecine, de la société. Ils sont *la* question portée au centre de l'interrogation médicale et sociale. Goldstein l'a théorisée et étudiée comme telle. En commençant à élargir les significations de la cérébrolésion à la question plus large du handicap, il semble qu'il fasse de la neuroréhabilitation un « *Outsider as Insider*³ » de la médecine. L'hypothèse spécifique de cet article est que l'œuvre de Goldstein n'ouvre pas seulement la voix à la neuroréhabilitation et à la neuropsychologie comme disciplines médicales, mais qu'elle est à l'origine de la définition d'une clinique des cérébrolésés d'un genre nouveau et d'un statut propre : le soin réhabilitateur. Notre exposé se déploiera en trois temps. Dans le premier, une approche historique montrera comment ce concept émerge au sein d'une controverse née dans la neurologie allemande du début du xxe siècle opposant interprétations physiologiste, psychogénique et psychanalytique du traumatisme. Les termes de cette controverse largement identifiés par certains commentateurs de Goldstein ont peut-être reçu un écho moindre dans la réception française de son œuvre. C'est la raison pour laquelle il semblait important de décrire comment Goldstein a pris une distance respectueuse avec ce débat pour parler du cerveau lésé. Cette contextualisation historique permettra, dans un second temps, d'entrer dans une approche conceptuelle de la neuroréhabilitation. Nous montrerons en quoi la définition goldsteinienne du soin réhabilitateur peut être qualifiée d'unique dans la médecine de son temps. Nous étudierons comment ce concept peut rejoindre des discussions très actuelles concernant la neurodiversité et les études sur le handicap [*disability studies*] en général. Enfin, l'héritage goldsteinien sera situé au sein des perspectives actuelles de la neuroréhabilitation.

1 L'inspiration de la thèse physiologiste d'Oppenheim pour traiter du neurodysfonctionnement

2 L'œuvre de Goldstein offre des catégorisations endogènes du handicap, qu'il soit consécutif à des blessures de guerre (le traumatisé de guerre, le traumatisme crânien acquis à la guerre) ou non (le traumatisé crânien cérébral en général, le trépané, les handicaps de naissance ou acquis). Toutes décrivent des expériences de neurolésion ou de neurodysfonctionnement. Elles ont pour particularité d'être l'expression à la fois d'une perturbation fonctionnelle et d'une transformation psychique et comportementale inhérente au traumatisme cérébral. *Trauma* signifie en grec blessure et sera aussi traduit en médecine par lésion, alors que le mot *traumatisme* désignera les blessures psychiques. Goldstein n'est pas le premier à créer cette catégorie nosologique. Elle s'inscrit dans une tradition qui remonte à la publication, en 1889, de l'ouvrage du neurologue berlinois Hermann Oppenheim, *Die traumatischen Neurosen* [Holdorff & Denning 2011] pour décrire une population de graves accidentés du travail [Fischer-

Homberger 1976]. Il s'agissait essentiellement d'ouvriers ou de cheminots ayant subi des atteintes neurologiques centrales et/ou périphériques : des traumatismes craniocérébraux doublés, pour la plupart, de polytraumatismes et de démembrements. Cette catégorie nosologique n'est dévolue qu'aux blessures de guerre mais son utilisation est tragiquement accentuée par la première guerre mondiale [Fischer-Homberger 1999]. D'ailleurs, à partir de 1916, Oppenheim précise sa théorie en l'appliquant aux cas des blessés de guerre qu'il soigne à l'hôpital de réserve du Kunstgewerbemuseum : *Die Neurosen infolge von Kriegsverletzungen* [Les névroses traumatiques consécutives aux blessures de guerre]. Il s'oppose, entre autres, à Jean Martin Charcot qui pensait que les traumatismes des soldats étaient assimilables à des formes d'hystéries masculines [Micale 2001]. Pour Oppenheim, les crises d'épilepsie, la perte du schème moteur, les paralysies, les crampes musculaires des soldats ne relèvent ni de l'hystérie, ni de la neurasthénie, mais d'une maladie neurologique. Sa thèse d'habilitation en médecine défend l'hypothèse d'un traumatisme psychique qui se manifeste par l'envahissement dans la psyché d'idées ou d'émotions négatives extrêmement fortes comme la peur ou l'effroi [Oppenheim 1886]. Cependant, même en présence de causes idéatoires ou psychogènes, il pense que l'hypothèse de l'existence d'un dommage organique doit être défendue. Il compare les névroses traumatiques à l'effet d'un coup de tonnerre sur le système nerveux central à l'origine d'une maladie neurologique spécifique impliquant un réarrangement [*Umlagerung*] au niveau moléculaire et une perturbation au niveau cérébral. Le « bruit-choc » de l'explosion des obus [*Granaterschütterung*] peut constituer une commotion, c'est-à-dire un facteur physique déclencheur de lésions cérébrales [Merskey 1995]. Oppenheim l'apparente à une surstimulation cérébrale qui engendre une modification fonctionnelle, c'est-à-dire un changement dans la physiologie cérébrale. Dans la neurologie allemande de l'époque, cette théorie a donné lieu à une controverse enflammée dont Oppenheim ne sort pas vainqueur. En effet, sa théorie admettait que les traumatismes de guerre laissaient les soldats dans une situation de handicap sévère, durable et certainement non guérissable. Pragmatiquement, valider une telle hypothèse, aurait représenté des pertes considérables pour l'effort de guerre totale allemand. D'une part, elle justifiait que l'on ne renvoie pas au front des traumatisés incurables ; d'autre part, elle légitimait que l'on octroie à chacun d'entre eux un régime assécurologique protecteur [Schmiedebach 1999], [Starke 2018].

2 Acceptation des fondements de la thèse physiologique

- 3 Globalement, Goldstein souscrit à la thèse d'Oppenheim. C'est la seule qui puisse expliquer les tableaux cliniques étranges, neurologiquement trop variés des soldats blessés [Riedesser & Verderber 1996]. L'on observe chez eux des troubles de la marche, de l'équilibre, de la station debout, du mouvement, de la force, du tonus et de la coordination motrice (tremblements, hypertonie musculaire, rigidité spastique, paralysies diverses). Certains signes évoquent des atteintes des nerfs crâniens (surdité, cécité, aphonie, anosmie, mutisme akinétique) ou des atteintes de la formation réticulée (hypersomnie ou insomnie). Des atteintes du système nerveux central sont perceptibles : troubles de la vigilance, apathie, aboulie, vomissements, pauses respiratoires, etc. Certains signes laissent à penser qu'une composante psychiatrique s'ajoute au tableau : pleurs compulsifs, tics nerveux, rires immotivés, labilité thymique excessive. Pour Goldstein, l'hypothèse oppenheimienne d'une possible existence d'une lésion des obus sans impact est la seule qui puisse rendre compte du fait que des soldats pour lesquels aucune cause organique n'est retrouvée sont pourtant traumatisés ; que leurs symptômes semblent contagieux (même chez ceux qui n'ont jamais été en première ligne) ; que des soldats dits guéris rechutent pourtant ; que les symptômes et signes qu'ils présentent sont fluctuants et changeants, affectent certains, épargnent

d'autres ; que certains patients répondent aux traitements et d'autres semblent inaccessibles à toute cure [Peiffer 2004]. Il lui semble impossible qu'autant d'hommes simulent autant de symptômes. Mais la faiblesse de cette théorie réside dans le fait que sa part physiologique – le traumatisme est un mécanisme qui cause une altération cérébrale et non une atteinte à la psyché – reste invérifiée, expérimentalement parlant. Toutefois, l'argument d'inachèvement dans la construction de la preuve médicale ne fait pas tomber Goldstein dans le clan des contradicteurs d'Oppenheim.

3 La thèse psychogène

- 4 Le plus célèbre des contradicteurs d'Oppenheim était, selon Kolle [1963], Max Nonne. Comme la plupart des neurologues allemands [Lerner 2003] et français⁴ [Mauran 1995] il défendait l'idée d'une étiologie exclusivement psychogène des traumatismes de guerre [Nonne 1922]. Ces derniers étaient réductibles à des symptômes hystériques, ou apathiques, à de simples représentations mentales assimilables à des simulations – conscientes ou pas – de la part des soldats. À travers eux, les blessés visaient le bénéfice secondaire [*Krankheitsgewinn*] de ne pas être renvoyés au front. C'est le motif d'incapacité à combattre à la suite d'un choc traumatique que la médecine militaire de la première guerre mondiale récuse. Selon Nonne, par exemple, il était tout à fait possible de corriger cette symptomatologie par des thérapies adaptées, comme l'hypnose, dont il était le champion en Allemagne. Parler de thérapies « adaptées » est un euphémisme si l'on considère l'éventail barbare d'une médecine militaire inhumaine [Brunner 2000], frayant souvent avec la torture comme l'a dénoncé Goldstein lui-même [1917]. Juillet & Moutin [1969] rapportent le jeu de mot du neurologue autrichien Julius Wagner von Jauregg, cruel mais efficace du point de vue de sa force de persuasion sur ses confrères : il opposait les soldats « *Nichtkönnenwollen* », des simulateurs qui ne voulaient pas avoir la capacité de faire la guerre et les soldats « *Nichtwollenkönnen* », des hystériques qui étaient incapables de vouloir la faire. Penser que le syndrome post-traumatique est dû à des forces qui siègeraient au mieux dans l'inconscient de l'individu – auquel cas le soldat serait moins coupable de simulation –, au pire dans sa conscience – ce qui ferait de lui un simulateur patenté –, est une « erreur fondamentale » d'interprétation selon Goldstein [HNLP, 313]. Il n'invalide pas *a priori* la théorie psychogène de Nonne, mais la soumet à la systématité d'observations cliniques sur un échantillon large de patients. Il démontre que Nonne s'est fourvoyé. Ce ne sont pas le vécu ou les représentations mentales d'un patient qui expliquent le traumatisme, mais ce que le patient peut ou ne peut pas effectivement faire ou vivre, soit le comportement post-cérébrolésion.

4 La thèse psychanalytique

- 5 Goldstein en appelle à revisiter l'approche somatique d'Oppenheim également pour ne pas tomber dans une approche psychanalytique des névroses de guerre. Pour lui et contre Freud, le traumatisme n'est pas une fuite dans la maladie dont le bénéfice primaire serait de nier ou de résoudre un conflit psychique comme le défendit, en 1918, lors du Ve Congrès international de psychanalyse à Budapest, des psychanalystes et médecins militaires réputés comme Ernst Simmel, Karl Abraham ou Sandor Ferenczi [Gougoulis 2004]. Pour Goldstein, le traumatisme n'est ni une motion pulsionnelle inconsciente pour se soustraire au combat, ni un réflexe de survie devant l'imminence d'une mort probable⁵. La théorie des névroses de Freud [1919] synthétise les contributions du Ve Congrès⁶. Pour Freud, une infime minorité de traumatisés simule. Même si un aspect lésionnel est possible, la majorité des états s'explique par des motivations inconscientes. Le traumatisme est une forme d'hystérie masculine, un refoulement inconscient de certaines représentations ou souvenirs fortement investis

d'affects (par exemple, l'effroi, l'angoisse des soldats pour leur propre vie, l'aversion à devoir tuer son prochain, la peur des sanctions militaires) et de souhaits (par exemple, survivre, ne pas être blessé, amputé ou défiguré). Dans cette conception, le traumatisme est un débordement psychique, un surcroît d'excitation. Dans les cas les plus graves,

[il] désigne essentiellement l'action négative et désorganisatrice de l'action traumatique. [Bokanowski 2015, 8]

- 6 Il peut s'apparenter à une mort psychique partielle, une fragmentation du Moi. Le sujet n'a pas de prise sur son état sans le recours à une cure cathartique. Pour Goldstein, mettre en avant un processus d'effraction psychique ou un insuccès des stratégies de refoulement ou encore de supposées résistances du malade à guérir est critiquable, car purement conjectural. La médecine ne peut faire prévaloir une interprétation – qui poserait hypothétiquement le fait que tel phénomène soit conscient, tel autre inconscient – sur l'observation » [HNLP, 315]. La théorie freudienne ne permet pas d'expliquer le traumatisme de guerre, car elle « surestime » la puissance des phénomènes inconscients et « néglige » celle des phénomènes conscients [HNLP, 317]. Elle accorde artificiellement aux événements du passé une primauté sur la symptomatologie présente. Elle passe à côté du fait primordial que la symptomatologie, le comportement d'un patient, ses capacités/incapacités, sa motivation ou sa non-participation, même ses conflits psychiques se jouent au présent et non au passé.

5 La neurologie au risque de la fiction

- 7 De fait, Oppenheim comme Nonne manquent la spécificité des troubles neurologiques inhérents au traumatisme, car ils les pensent dans une approche réflexologique, sur le mode action-réaction. Ce paradigme physique qui parcourt l'histoire de la médecine associe l'idée de mouvement à celle d'expérience vécue pour tenter d'objectiver la relation de l'homme à la réalité. Cependant, cet usage décalé de la mécanique de Newton [Starobinski 1999] et son transfert métaphorique dans les sciences du vivant (biologie, médecine, psychiatrie) ne convainc pas du tout Goldstein pour rendre compte de la cérébrolésion. Ce n'est pas « d'une fiction au sens d'une philosophie du "comme si" » [AUF, 359] dont a besoin la science médicale, mais de connaissances disponibles pour l'action qui, en médecine, se résume à traiter, soulager, accompagner des malades. L'absence de proportionnalité, de linéarité entre la gravité du traumatisme et la chronicisation des symptômes des blessés doit faire envisager de changer de cadre conceptuel. Goldstein affronte cette difficulté en passant à une théorie holiste de l'organisme pris comme un tout [HNLP, 147]. La condition de cérébrolésion, dans la gravité et la diversité des symptômes qu'elle engendre confronte à ce qu'il faut bien endosser comme un « non-savoir médical ». L'existence de patients cérébrolésés très concrets et très séquellaires confronte à

l'imperfection de toute connaissance biologique, son caractère de connaissance inachevée par principe, apparaît ici dans toute sa gravité. [AUF, 359]

- 8 Avec de tels patients, la médecine doit souvent admettre son incompetence curative. Cet aveu d'impuissance est « l'une des tâches les plus difficiles » de la médecine [AUF, 359]. La capacité à raisonner en complexité – et non sur le seul mode action/réaction – est hautement sollicitée pour comprendre les troubles. Le réflexe n'est pas une réaction intangible, mécanique et localisée. Il doit être étudié en tant que comportement, comme réponse globale de l'organisme. Cette réponse est elle-même très fortement liée aux conditions d'expérimentation et connaît des variations subtiles en fonction de la diversité des conditions environnementales ou de l'état du patient, par définition fluctuant. Envisager le réflexe comme comportement introduit *de facto* la considération du *sens* ou de la *signification* que n'importe quel processus causal engageant l'étude du corps ou de la psyché, prend *pour* et *vis-à-vis* de l'organisme entier, c'est-à-dire,

finalement, du malade lui-même. La lame de fond de la critique de la théorie du réflexe est à son climax. L'on peut légitimement se demander

s'il y a vraiment finalement des réflexes à proprement parler. Cette question paraît étrange, mais elle mérite toutefois d'être traitée très sérieusement. [AUF, 58–59]

6 La neurologie au risque de la morale

9 Ne rien faire est parfois la seule voie thérapeutique possible pour ne pas aggraver les troubles d'un cérébrolésé. Internaliser l'incertitude aux soins entre en contradiction avec les modes de pensée dominants et le militarisme des médecins, même hors temps de guerre (pensons à l'organisation toute militaire des hôpitaux et des soins). En ce sens, les cérébrolésés posent un problème philosophique à la médecine. Leur existence prémunit contre la tentation de croire que la complexité n'existe pas, ou que la médecine pourrait la vaincre, en évitant de se poser le problème de la validité de tel ou tel type de connaissance, ou de reconnaître les échecs thérapeutiques et l'impuissance curative. Comprendre le traumatisme de guerre est possible, mais à certaines conditions. Il est d'abord heuristiquement infécond, médicalement stupide et moralement injuste d'interpréter un trouble neurologique comme une volonté de simulation, une défaillance morale, ou comme un élément de débilité constitutionnelle du patient. Une logique accusatoire faisant du soldat un resquilleur réfractaire aux traitements, un simulateur visant dans la névrose les bénéfices secondaires d'être réformé et pensionné ne constitue pas une démonstration recevable en médecine. Elle est pourtant l'option privilégiée de toute la neurologie européenne de son temps⁷. Le soldat neurolésé est l'objet d'une double peine. Il a combattu au front, a été gravement blessé, présente une situation de handicap chronique. Pourtant, il est jugé coupable. Prédéterminé à son traumatisme par manque de courage, ou disposé à ses troubles, par incapacité à guérir ou par avidité. De tels discours au sein des thèses psychogènes et psychanalytiques rendent sensibles le fait que la recherche, spécialement celle sur le cerveau lésé, n'est pas un isolat protégé d'enjeux sociétaux et politiques plus larges que les médecins militaires de la première guerre mondiale reflétaient dans leur pratique, comme dans leurs théories [Priebe, Nowak *et al.* 2002]. Comme l'a montré Radkau [1998], les thèmes récurrents de la neurasthénie, de la faiblesse nerveuse, du défaut constitutionnel, du manque de courage, de l'avidité des soldats, des ouvriers, des personnes atteintes de lésions cérébrales en général, entremêlent perspectives médicales et assignations sociales pour penser la dégénérescence et la régénération, qu'elles soient cellulaires ou morales. Cet amalgame a pu être qualifié de « condensation de la société [*Verdichtung von Gesellschaft*] dans l'expérience » [Knorr-Cetina 1988]. Goldstein rappelle qu'avant de servir la patrie ou la morale, le médecin doit servir des patients. Ce type de condensation relève de jugements purement spéculatifs ou seulement internistiques incompatibles avec une démarche scientifique visant la compréhension des troubles neurologiques des cérébrolésés tels que Goldstein les soigne à Francfort et à Berlin de 1930 à 1933 à l'hôpital Moabit. La thèse psychogène tend à négliger la présence cliniquement irréfutable d'atteintes neurologiques. En outre, l'on se fourvoie toujours en médecine si l'on sépare l'expérience vécue par le patient de la symptomatologie qu'il présente. Goldstein s'impose comme un penseur proposant de *dialectiser* – et non *d'opposer* – réductionnisme scientifique et possibilité d'une fondation rationnelle du holisme comme perspective clinique, raison pour laquelle ses recherches ne sont jamais séparées de ses observations cliniques. Il existe bien quelque chose comme *un syndrome* post-traumatique du cérébrolésé qu'il convient de décrire et d'expliquer, voici la tâche de la neuroréhabilitation.

7 La neuroréhabilitation : intégration et actualisation de données empiriques et de techniques

10 Pour Goldstein, comprendre la cérébrolésion ne peut se réduire à produire des théories et exige une démarche empirique. C'est l'un des apports de la chirurgie de guerre d'avoir contribué significativement à le faire. En Allemagne, durant la première guerre mondiale, des pathologistes étaient déployés sur tout le front pour standardiser les autopsies, faire des descriptions précises des lésions et donner des recommandations pour les prises en charge et les abords chirurgicaux épargnant le plus de vies [Zischek, Grunwald *et al.* 2018]. L'accroissement des connaissances en neuroréhabilitation doit beaucoup à ces retours réguliers des pathologistes aux sociétés savantes de médecine. Goldstein a bénéficié de ces apports pour comprendre le rapport entre les lésions, les abords et interventions chirurgicales, la survie et le comportement des patients. À l'Institut de neurologie de Francfort, il n'abandonne pas l'approche physiologique, mais consolide les données empiriques neuro-physio-anatomiques en sa faveur avec Albrecht Bethe [Stahnisch 2016]. Entre 1920 et 1930, il observe et traite avec Bethe des survivants de traumatismes crâniens cérébraux et de polytraumatismes. Ils découvrent l'existence de phénomènes de ré/dégénération axonales post-lésions corticales et valident la plasticité structurelle (lorsqu'une partie du cerveau est lésée, une suppléance fonctionnelle a lieu dans une autre partie). Ils s'aperçoivent à quel point il est difficile d'atteindre une fonctionnalité complète après une lésion du système nerveux central et même périphérique. Au niveau musculaire, par exemple, après l'amputation d'un membre, l'innervation régénérative est souvent antagoniste et non agoniste [Bethe & Fischer 1931]. Pourtant, si l'on sollicite la volonté d'un patient en lui donnant pour consigne de bouger le moignon de son bras amputé, un résultat moteur satisfaisant est obtenu après quelques semaines d'entraînement. Un retour à la fonctionnalité est donc possible et engage l'existence de processus neuroplastiques larges [Stahnisch 2016]. Ainsi, c'est à travers une approche biologique expérimentale visant à analyser les concepts neuromorphologiques d'interprétation des blessures, les phénomènes de régénération des fibres nerveuses que Goldstein fonde la perspective clinique. L'on est désormais en mesure d'explorer les transformations physiologiques, structurelles et comportementales des tissus cérébraux normaux et pathologiques [Breibach 1997]. Par conséquent, la visée internistique ne suffit plus, la clinique ne peut pas se passer d'une histologie morphologique, fonctionnelle et pathologique et d'une cytologie [Dhom 2000]. Cette approche l'amène à découvrir les phénomènes de plasticité cérébrale⁸ à un stade précoce de sa carrière expérimentale. Toutefois, c'est grâce à l'exercice de la neuroréhabilitation des blessés de guerre que ce concept est élargi. Il existe non pas *une* plasticité mais *des* processus plastiques⁹ [Goldstein 1931]. Le retour de la clinique vers la biologie est essentiel. Il assure de sortir du physicalisme et de rester dans une culture de l'observation et de l'expérimentation pour obtenir une véritable science du vivant [Chirimuuta 2020]. Les vues de Goldstein sur le soin aux cérébrolésés sont forgées à la lumière de tout ce savoir allant de la neuro-morphologie-anatomie-physiologie-pathologie-cytologie à la psycho-psychiatrie clinique. La relation entre plasticités structurelles, atteintes neurologiques, lésions tissulaires, apoptose cellulaire ou processus dégénératif est sans cesse réactivée et réinterrogée en clinique de la cérébrolésion. En effet, pour chaque patient rencontré, la balance doit être faite entre les processus pathologiques, les processus de régénération et d'adaptation. L'abandon d'une position non expérimentale permet à Goldstein de sortir de la controverse pour arrimer la clinique à de nouvelles connaissances.

8 La neuroréhabilitation comme *milieu* de recherche *appliquée*

11 La réhabilitation naît en temps de guerre dans un lieu particulier : l'Institut für die Erforschung der Folgeerscheinungen von Hirnverletzungen¹⁰, fondé à Frankfurt en 1914 par Ludwig Edinger. Goldstein en prit la direction en 1918. Le titre de l'Institut définit le champ de la neuroréhabilitation : un espace dédié à la recherche *et* à la clinique de la cérébrolésion. Toute la spécificité de cette spécialité nouvelle tient dans la copule de liaison. Sa naissance n'aurait pas été envisageable sans l'effervescence disciplinaire caractéristique de la diversification des spécialisations académiques à l'université de Francfort [Hammerstein 2012]. Cela se traduit concrètement à l'Institut où deux unités de recherche collaborent étroitement. La première, d'anatomie, s'intéresse à la description et à la compréhension des lésions microstructurelles présumées à l'origine du traumatisme cérébral. La seconde, de pathologie, est dédiée à l'étude des conséquences comportementales et psychiques de ce traumatisme [Klinke 2006]¹¹. La Villa Sommerhoff constitue une nouvelle entité académique [Goldstein 1919] où la pluridisciplinarité est de mise¹². La diversité des compétences relationnelles cliniques est élargie aux soins infirmiers, à la kinésithérapie, à l'orthoptie, à l'ergothérapie pour accompagner des expériences de vécus de handicaps chroniques. À l'Institut, la neurologie se transmue en « interdiscipline » : la neuroréhabilitation organisée comme un espace d'ouverture, de collaborations *intra* et *extra muros*. Goldstein avait tissé pendant la guerre des liens avec de nombreux confrères, hôpitaux et institutions qu'il sollicite pour mener ses recherches¹³. Cela concernait plus particulièrement le développement de l'art prothétique pour les amputés et les défigurés, la traumatologie, la neurochirurgie et l'élaboration de moyens auxiliaires pour améliorer la motricité et compenser les déficits neurosensoriels. Se crée une culture de l'échange et du retour d'expériences avec d'autres équipes permettant d'éviter la sclérose dans des positions théoriques figées. Comme dans l'académie prussienne, ni la formation, ni la pratique médicale ne séparaient, comme on le fait aujourd'hui, neurologie et psychiatrie, le discours et l'exercice de la neuroréhabilitation se colorent de neurologie clinique, de neuropsychiatrie, de psychologie, de psychopathologie, de psychothérapie, de philosophie et de réflexions sur la spiritualité dans les soins. C'est ce qui rend la spécialité riche et tout à la fois difficile à *fixer* dans une tradition médicale immédiatement lisible. Mais le fait le plus remarquable à l'Institut est que l'approche holistique ne s'entend pas à sens unique. Goldstein travaille aussi à l'alignement des résultats expérimentaux sur les approches thérapeutiques cliniques. Tous les moyens d'objectivation ou d'enseignement thérapeutique (y compris le travail rémunéré des patients) sont recherchés pour démontrer ces résultats, analyser des séquences comportementales, notamment à l'aide d'enregistrements audios et de films [Geroulanos & Meyers 2014]. Cette recherche d'objectivation clinique devient *opposable* aux résultats expérimentaux (de recherche) et les réinterroge constamment. Il s'agit de fournir des preuves des capacités d'adaptation physiologiques des cérébrolésés et des résultats positifs de leur réhabilitation dans des activités de la vie courante et pas seulement sur des batteries de tests. Ainsi, le va-et-vient permanent entre recherche fondamentale et recherche clinique ouvre le champ de la recherche appliquée [*applied studies*]. Ce faisant, la neuroréhabilitation dépasse définitivement la tradition anatomo-mécaniste. Ayant démontré que selon des mécanismes biologiques plastiques, une partie d'un cerveau pouvait apprendre les fonctions d'une partie lésée [*Funktionswandel*], il devient possible de *tester* la récupération et la réorganisation fonctionnelle cérébrale [Goldstein 1930] et spinale. La neuroréhabilitation entre dans l'étude de phénomènes que la neurologie classique n'était pas armée pour appréhender, tels la labilité du seuil [*Schwellenlabilität*], l'unité de la perception et du mouvement [*die Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*]. Elle ouvre également le champ des études d'impact, par exemple en étudiant l'impact structurel et fonctionnel de lésions spécifiques. Mais Goldstein étudie aussi l'impact de traitements et d'approches

thérapeutiques non pharmacologiques [Morgan 2017]. Il peut ainsi conforter ses résultats sur l'étude de l'organisme pris en tant qu'activité (et pas seulement comme entité structurelle), sans rester dans une analyse purement anatomiste ou simplement psychologique [Gelb & Goldstein 1920]¹⁴. Cette activité manifestée par le comportement des cérébrolésés lui permet, finalement, de confronter l'hypothèse de capacités plastiques innées aux efforts personnels qu'un patient peut, ou non, déployer durant sa réhabilitation. En effet, si le principe d'une récupération est posé par les données expérimentales, reste encore à comprendre sur quelle période cela est possible, dans quelles modalités de soutien thérapeutique cela peut se révéler, dans quel type d'activité cela s'exprime le mieux. Reste à mesurer l'étendue, l'intensité et l'évolution des « changements fonctionnels » dans le cerveau post-lésion¹⁵. Reste aussi à évaluer la pertinence, la fréquence et la répercussion d'interventions neurochirurgicales réparatrices. Reste à comprendre où la focale thérapeutique doit être prioritairement dirigée : directement sur des changements microstructuraux d'aires cérébrales spécifiques, comme par exemple dans les troubles de l'attention et de la mémoire ? Ou bien sur des changements macrostructuraux impliquant le corps et le comportement entier ? La neuroréhabilitation s'impose comme une approche multivariée, comme une science relevant de la recherche *appliquée au comportement humain*.

9 La cérébrolésion, un événement à qualifier

12 Les thèses physicalistes recherchaient les causes du traumatisme dans des séquences (neuromotrices, biochimiques, biophysiques) ; les théories psychogènes et psychanalytiques dans les processus mentaux et psychophysiques (des « interactions » corps/psychisme). Mais toutes se sont heurtées aux données empiriques venant contredire leurs explications ou les obligeant à multiplier de nouvelles hypothèses explicatives. Goldstein est sorti du débat en proposant un déplacement de type dialectique. Il est vain d'opposer facteurs psychogènes et facteurs physiques comme étiologie du traumatisme. La peur ne s'oppose pas à l'obus. Les deux phénomènes sont intrinsèquement liés. Ce ne sont pas des *agents* pathogènes, mais des *événements* pathogènes. C'est ce que l'ensemble des théories psychogènes manque. Le traumatisme ne naît ni de la (mauvaise) volonté du soldat, ni de ses désirs conscients ou de ses pulsions inconscientes, il trouve son origine dans *l'expérience* vécue par lui. C'est pourquoi la réhabilitation devient soin, elle ne peut faire l'impasse sur toutes les dimensions qualitatives de l'évaluation des cérébrolésés. Cela suppose de prendre en compte le sens, l'importance que donnent les patients cérébrolésés à leur condition, ainsi que leurs souhaits, leurs préférences, leurs valeurs, forcément transformés par le traumatisme. En tant que modification de tout l'être, ce dernier est une réalité subie mais également perçue, ressentie, éprouvée qui provoque une perturbation psychologique profonde et durable. C'est la fameuse thèse suivant laquelle la cérébrolésion est une maladie dont on ne peut effacer le dommage : « *la maladie ne peut être éliminée* » [NDC, 42]. Le traumatisme du blessé de guerre est donc un *syndrome* qui affecte tout l'organisme du sujet et mène, la plupart du temps, à la chronicisation. Ainsi, la catégorisation du traumatisme admet des composantes endogènes et exogènes dans la mesure où le traumatisme lie le sujet aux circonstances, par exemple la guerre. Mais pas seulement. Il le lie aussi à l'ensemble de ses interactions actuelles avec l'environnement physique et humain. Il le lie également à l'intensité, à la particularité de l'expérience qu'il vit et au sens qu'il lui donne. Enfin, il le lie aux ressources personnelles qu'il possède pour s'y situer et y faire face. De ce point de vue, Goldstein est le premier à décrire le traumatisme comme *syndrome* neurologique total. Cela entraîne une modification profonde de la compréhension du concept de traumatisme qui renvoie désormais à des modifications hybrides du substrat : quantitatives, qualitatives et environnementales. De ce fait, pour le

comprendre, des pratiques et des recherches issues de différentes disciplines doivent être mobilisées [Bohleber 2000]. Goldstein a montré que les buts thérapeutiques visés par la neuroréhabilitation concernaient prioritairement l'adaptation à la nouvelle condition de santé. Mais que devient un concept comme celui d'« actualisation de soi¹⁶ » quand l'identité, la singularité et le mode d'être au monde et aux autres changent radicalement ? L'une des idées-forces de Goldstein est que la vie se manifeste fondamentalement comme un devenir. Par conséquent, les retours en arrière ne sont pas envisageables. La prise de conscience et l'acceptation de la condition de santé, selon lui, ne peuvent pas être des axes de réhabilitation pour tous les patients, notamment pas pour les plus séquellaires d'entre eux. D'ailleurs, il définit les troubles de la conscience comme une invention biologique protectrice permettant au patient de ne pas souffrir en prenant la mesure de sa condition. De même, il rappelle qu'un patient anosognosique, au moins, ne souffre pas de ses troubles. La boussole de l'axe de neuroréhabilitation cognitive est très claire pour lui : éviter de mettre le patient *en échec de lui-même*, c'est-à-dire éviter toute situation qui le pousse au comportement catastrophique. Ainsi, il est vain de traiter séparément les séquelles neurologiques physiques et psychologiques. La cérébrolésion représente un traumatisme intégral qui transforme l'organisme tout entier [AUF, 4]. De ce point de vue, le holisme n'est donc pas *a priori* une théorie. C'est dans la clinique que Goldstein développe le holisme et non le contraire [Frisch 2014]. Le holisme est, avant tout, une donnée, une tendance observable :

J'espère qu'on sentira que ce livre n'a pas tiré son origine d'une attitude théorique [...]. [Ce livre] doit montrer avant tout et toujours à nouveau que méthode comme théorie ne doivent prendre naissance qu'à partir de ce qu'il y a de plus concret. [AUF, 433]

- 13 L'introduction de la perspective holistique en clinique, fondée sur des preuves empiriques, doit permettre de produire des connaissances suffisamment fiables destinées aux professionnels de santé et aux patients afin d'obtenir des résultats positifs de santé :

L'état actuel de notre connaissance apparaît, en effet, dans l'action médicale comme la réalité dans laquelle cette action se déroule. [AUF, 359]

- 14 L'on perçoit à nouveau ici toute l'opposition que Goldstein trace entre l'usage fictionnel et théorique de la neurologie qu'il quitte et la visée extrêmement pragmatique, consciente de ses limites, qu'il propose en neuroréhabilitation. La finalité de l'approche holistique en médecine est de trouver pour les neurolésés des solutions thérapeutiques fondées sur des preuves empiriques quantitatives et qualitatives et un accompagnement dans la recherche d'une vie la meilleure possible.

10 La neuroréhabilitation : un soin réhabilitateur ?

- 15 À lire les définitions actuelles du soin réhabilitateur¹⁷, force est de constater qu'elles ne sont pas éloignées de la conception goldsteinienne de la neuroréhabilitation. L'Organisation Mondiale de la Santé le définit ainsi :

coordonner et assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences négatives fonctionnelles, physiques, psychologiques, mentales, cognitives, sociales et économiques des déficiences et des incapacités¹⁸. [CIF 2021]

- 16 L'œuvre de Goldstein a certainement influencé l'émergence de ce concept. Atanelov, Stiens *et al.* [2015] et Zeiter [1954] ont pu retracer la naissance de la réhabilitation dans le creuset européen de la neurologie allemande et suivre son exportation et son

développement aux États-Unis. Selzer, Clarke *et al.* [2014] ont souligné qu'elle n'avait pu s'y développer qu'en relation forte avec la consolidation ou la naissance de spécialités comme les soins infirmiers spécialisés en réhabilitation, la kinésithérapie, l'ergothérapie et jusqu'à la labélisation officielle de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) par Howard Rusk [Rusk 2008]. Ce développement a été possible en raison de l'importance numérique des cérébrolésés des deux guerres mondiales qu'il fallait réhabiliter. L'effervescence des recherches en neuroréhabilitation a bénéficié à l'ensemble des patients non-cérébrolésés et à la communauté médicale et scientifique tout entière [Semprini, Laffranchi *et al.* 2018]. Le soin réhabilitateur désigne l'accompagnement des traumatismes, des maladies chroniques et des situations de handicap qu'elles génèrent, la prévention des déficits et des répercussions négatives sur les parcours de vie, l'augmentation ou le réajustement de la fonctionnalité au long cours, la psychotraumatologie, l'augmentation des années en bonne qualité de vie (YQOL), l'advocacie et la justice dans les soins incluant les perspectives de Diversités, Inclusion, Équité (DIE). La visée holistique est toujours au cœur du soin réhabilitateur. Certes, son caractère innovant étonne moins aujourd'hui tant les acteurs et les penseurs des soins sont rompus à l'analyse multifactorielle des problèmes de santé. Toutefois, la visée holistique en réhabilitation, en imposant une posture éminemment transversale, entre parfois en conflit avec d'autres spécialités organisées de manière plus pyramidale et biomédicalement centrée. En revendiquant de travailler sur l'environnement du patient au sens large (familial, social, architectural, affectif), de travailler sur le temps long de la vie en condition chronique, le soin réhabilitateur représente un champ moins connu de la médecine ne se définissant ni par l'étude d'une « population », ni par celle d'un « organe » ou d'un « champ d'application » spécifiques, mais par un objectif : la fonction [Wirocius 2004], le fonctionnement d'un individu dans son environnement large.

11 La neuroréhabilitation, un devenir avec ou sans Goldstein ?

- 17 Le soin réhabilitateur a-t-il foncièrement changé par rapport à la description qu'en a donnée Goldstein ? L'on peut dire qu'il défend toujours la prise en soin holistique du patient, avec des axes prioritaires de réhabilitation neurocognitive – qui ne contreviennent pas aux principes sémiologiques définis par Goldstein, dès 1926, dans *Le Symptôme, son origine et son interprétation* [1926] – et des axes de réhabilitation physique. Il est toujours une pratique pluridisciplinaire [Carter, Lubinsky *et al.* 2016]. La définition qu'a donnée Goldstein des déficits ou déficiences (des pertes ou des modifications significatives de substance, de fonction ou de structure – psychologiques, physiologiques ou anatomiques) a toujours cours. Enfin, l'idée goldsteinienne de considérer ce que peut, ou pas, un patient sans se mettre en danger, c'est-à-dire l'idée d'intégrer dans les raisonnements les capacités et potentialités du patient est au fondement de toutes les recommandations internationales en matière de prise en soin des situations de handicap [Siegert & Levack 2015]. Toutefois, des changements notables l'enrichissent. L'aide à la prise de conscience et à l'acceptation par le patient de sa situation de handicap, même quand elle est sévère, est un axe devenu prioritaire pour négocier efficacement l'étendue des conséquences de la cérébrolésion dans la vie de tous les jours et développer des stratégies et compétences réduisant les problèmes cognitifs, émotionnels, communicationnels. Le soin réhabilitateur cherche à définir les activités pertinentes ou futiles pour que ces stratégies soient sécurisées en situations ordinaires. Il s'agit de redéfinir avec le patient des buts personnels adaptés à sa nouvelle condition. Un changement important réside dans le fait que le soin réhabilitateur est proposé par des équipes spécialisées et dans les pays riches dès la phase aiguë [Burtin, Clerckx *et al.* 2009]. En outre, les recommandations sont en faveur du déploiement systématique d'interventions structurées et évaluées vis-à-vis des proches aidants des cérébrolésés.

Enfin, l'on devrait systématiquement proposer des thérapies de groupe et des thérapies par les pairs en complément des thérapies individuelles [Nilsson, Bartfai *et al.* 2011]. La sédimentation temporelle de la neuroréhabilitation comme discipline est « positive », dans le sens où, aujourd'hui, des preuves statistiquement significatives existent de l'efficacité d'une prise en soin réhabilitateur post-cérébrolésion [Cicerone, Mott *et al.* 2008], et ce, dès la phase aiguë [Goodwin, Lincoln *et al.* 2016]. Sur le parcours de vie des cérébrolésés, les résultats sont positifs du point de vue du fonctionnement cognitif et émotionnel, de la participation à leur réhabilitation, de l'augmentation de leur qualité de vie et de la diminution du fardeau des aidants [Holleman, Vink *et al.* 2016]. De surcroît, des données probantes montrent que les effets de la neuroréhabilitation sont pérennes [Shany-Ur, Bloch *et al.* 2020]. Pourtant, la plupart de ces preuves proviennent d'études quantitatives qui ne décrivent pas l'essence des changements auxquels la personne est confrontée *per et post* neuroréhabilitation [Gracey, Palmer *et al.* 2008]. Le manque d'études qualitatives saisissant la perception des patients montre le chemin restant à parcourir pour que la neuroréhabilitation explore toutes les dimensions du soin réhabilitateur [Turner-Stokes 2008, Turner-Stokes, Disler *et al.* 2003], c'est-à-dire devienne une réelle pratique holistique au sens que Goldstein lui donnait. Les études portant sur les pratiques, les usages, les négociations, les expériences de réhabilitation des cérébrolésés eux-mêmes et guidant les interventions qui leur sont destinées sont également embryonnaires [Selzer, Clarke *et al.* 2014] et plus développées par la science infirmière que par la MPR¹⁹. Quand elles existent, elles interrogent la perception des patients concernant une prise en charge holistique [Roy 1997, 2001], [Fish, Prince *et al.* 2018], [Hurst, Ownsworth *et al.* 2018], [Rochat, Renaud *et al.* 2020]. Ces auteurs ont démontré qu'en de telles circonstances, les notions de rôles, de conscience de soi, de perception de soi, d'image de soi, d'estime de soi, et la narration identitaire changent. Ownsworth & Haslam [2014] soulignent que cette transformation du soi représente le véritable défi du soin réhabilitateur. Enfin, les patients, quand ils peuvent s'exprimer dans des études qualitatives, estiment que les résultats de santé qui leur importent prioritairement concernent les dimensions cognitives affectives et spirituelles et non les dimensions physiques de leur situation de handicap [Roy 1997, 2001], [Fish, Prince *et al.* 2018]. Avant toute chose, ils veulent retrouver un fonctionnement psychologique satisfaisant lié à une meilleure perception de soi et à des interactions avec l'environnement proche enrichies [Crisp 1993], [Roy 1997, 2001].

12 Conclusion : neuroréhabilitation et handicap, entre médecine et histoire contestataires

¹⁸ Tesak [2001], Tesak & Code [2008] ont montré que Goldstein appartenait à une génération de neurologues contestataires comme, entre autres, Pierre Marie en France, Henry Head en Angleterre, Christian von Monakov en Suisse. C'est l'approche holistique de la neurologie et de la neuropsychologie qui rend sa pratique contestataire, c'est-à-dire « en marge » du monde médical, car elle défend un paradigme moins biomédical que bio-psycho-social [Wade & Halligan 2004]. La question se pose de savoir si l'ouverture goldsteinienne peut aussi s'envisager comme une sortie possible du champ médical, si ce dernier est défini exclusivement comme un soin dispensé par des médecins en vue de guérir. Faut-il sortir de la médecine pour mieux soigner ? Seuls les médecins soignent-ils ? Selon nous, il est possible de lire Goldstein comme une étape importante de l'« histoire du handicap » prise en tant que sous-discipline d'un champ de recherche interdisciplinaire plus large, les études sur le handicap [*disability studies*] [Bösl, Klein *et al.* 2010]. On a souligné dans quel environnement politique s'inscrivait le débat scientifique portant sur la cérébrolésion : militarisme *versus* pacifisme. Les enjeux sociétaux d'un tel débat activent des tensions profondes entre

patriotisme/nationalisme/chauvinisme, d'une part et curable/régénération *versus* incurable/régénération, d'autre part. Chez Goldstein, la cérébrolésion est décrite fondamentalement comme handicap et ouvre l'activation de deux types de droit. Un droit épistémique, d'abord : être pris en charge par une nouvelle spécialité, le soin réhabilitateur accompagnant le plus scientifiquement et éthiquement possible la condition de chronicité. Un droit ontologique, ensuite, celui à être reconnu comme une personne à laquelle la société doit quelque chose : une qualité de vie optimale, en dépit de déficiences. Si bien que, dans la situation de handicap qu'elle génère, la condition de cérébrolésion n'est pas abordée comme un problème individuel associé seulement à un diagnostic. Quant au pronostic, une chose est fixée, tout trouble neurologique entraîne un changement de condition radical abordé d'emblée comme un *désavantage*, quel que soit le trouble étudié. Goldstein le décrit dans toute l'étendue de son expression comportementale chez le patient dans ses activités de la vie quotidienne et dans l'ensemble de ses interactions sociales. C'est pourquoi le savoir accumulé en neurologie/chirurgie/anatomie ne saurait suffire à produire le savoir réhabilitateur. L'attention portée à l'environnement neurosensoriel, architectural, humain, social, affectif doit lier les manifestations symptomatiques à la question de l'ajustement avec le milieu. Cela dépasse l'approche thérapeutique strictement médicale. En orientant le soin réhabilitateur comme recherche de l'actualisation de soi, Goldstein oriente la réhabilitation vers *la vraie vie*, c'est-à-dire vers le fonctionnement des personnes malades dans leur vie quotidienne. En ce sens, le soin réhabilitateur est d'abord proposé comme une approche de résolution de problèmes fondée sur la construction et l'analyse de stratégies d'action, de compensation, voire d'évitement, au service de l'expression des potentialités actuelles de la personne. Le soin réhabilitateur ne définit donc pas la potentialité au seul niveau cognitif, il intègre les dimensions émotionnelles, la motivation, le sentiment de sécurité des patients dans leur projet de vie. Goldstein est le premier à mettre en avant l'importance de ménager un environnement *commensurable aux capacités* des cérébrolésés, favorisant des interactions sociales sécurisées au sein de la société des hommes valides. Cet apport fondamental sera développé par exemple par Ben Yishay & Diller [2011] dans son concept de « milieu thérapeutique », caractérisé par l'implication des familles, l'entraide des patients entre eux pour atteindre des fonctionnalités et une estime de soi retrouvée. Mettant en avant la radicalité, l'irréversibilité des situations de handicap, déplaçant le focus d'une thérapeutique du guérissable, à une thérapie de l'accompagnement, Goldstein « sort » du territoire de la médecine de son temps. Il ouvre celui du soin réhabilitateur pensé comme un aménagement d'environnements physiques et humains favorables à la situation de handicap. Il y a là une intention interventionniste qui attire l'attention de la médecine et de la société sur les désavantages que ces malades et leurs proches cumulent. Les structures sociales, ainsi que le regard de tout citoyen, devraient être travaillés pour mieux les accueillir. La préoccupation socio-politique clairement à l'œuvre chez Goldstein traverse aujourd'hui encore le champ des « *disability studies* ». Cette branche de l'historiographie a même pu démontrer [Bösl 2009] que c'est une constante dans l'histoire de l'intérêt médical pour le handicap de s'inscrire dans une tradition de recherche envisageant les sociétés davantage en fonction de leurs limites que de leurs réussites. Chez Goldstein, l'étude de la cérébrolésion mène bien le clinicien à diriger sa pratique – autant que faire se peut et en tenant compte de la sévérité des déficiences de chaque cérébrolésé – sur quatre types d'actions : 1) la promotion des fonctions physiques et cognitives, des activités (incluant le travail) et des comportements ; 2) la participation des cérébrolésés à leur thérapie ; 3) le soutien à leur motivation ; 4) leur pouvoir d'agir (incluant la qualité de vie) et la défense d'une justice sociale à leur égard. Ces quatre piliers de la pratique à l'Institut sont ceux aujourd'hui promus par l'OMS dans la Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap (CIF). Concernant la question de la justice sociale, la position de Goldstein est plus critique que militante. Certes, le soin réhabilitateur promeut la nécessité de réparation sociale pour les blessés de guerre – d'autant que la situation de handicap est le produit de la guerre, c'est-à-dire d'interactions sociales, évitables et condamnables –, mais le soin réhabilitateur promeut

surtout, selon lui, une nécessaire transformation sociale. En effet, la restriction des interactions et des activités du cérébrolésé est aussi construite par un état de la société. De ce point de vue, une lecture marxiste de Goldstein n'est pas interdite, dans la mesure où la survie du blessé de guerre ou de l'ouvrier cérébrolésé manifeste la permanence de problèmes qui ne viennent pas de l'individu lui-même, mais du fait social, politique. C'est bien le contexte historique de la guerre qui produit le blessé de guerre. On ne se lancera pas ici dans la question de savoir si une lecture culturelle [*cultural disability studies*] – aux sens multiples dévoilés, par exemple par Pothier & Devlin [2011] – de la question du handicap chez Goldstein est possible. En revanche, il semble que le schéma *d'analyse critique du handicap* [Goodley 2011] soit une piste à explorer, puisque Goldstein convie constamment l'interdisciplinarité dans la pratique comme dans la théorisation du soin réhabilitateur. De plus, dans le tournant anthropologique que Goldstein donne à son œuvre, particulièrement sensible dans la HNLP, la compréhension de la cérébrolésion et du soin réhabilitateur est un point de départ possible pour changer la compréhension de la société *dans son ensemble*. Nous pourrions dire, dans les concepts aujourd'hui mis en avant pour étudier le handicap, que le caractère intersectionnel de toute situation de handicap appelle à des lectures critiques des constructions sociales, des concepts médicaux, des interventions de soins. Cela est particulièrement sensible dans l'approche épistémique quasi apophatique que Goldstein propose de l'anormal et du pathologique comme clefs de lecture pour comprendre le normal, le physiologique. Novatrice dans la neurologie de son temps, cette idée a une postérité particulière dans les études ultérieures sur le handicap. Elle permet de remettre en cause, au moins heuristiquement, ce que sont les normes en matière de situation de santé [Longmore & Umansky 2001]. Elle ouvre aussi la voie à l'idée qu'un processus pathologique puisse potentiellement *toujours* affecter un processus physiologique. De là à émettre l'idée que le handicap puisse toucher chacun d'entre nous dans le cours d'une vie, il n'y a qu'un pas que franchissent certains théoriciens du handicap qui choisissent de décrire les personnes qui ne sont pas en situation de handicap comme des personnes « temporairement valides » [Marks 2014]²⁰.

19 J'adresse mes sincères remerciements à Vincent Barras, sans lequel la lecture de Goldstein eût pu sembler moins urgente, et à mes chers collègues Agathe Camus et Marco Dal Pozzolo.

Bibliographie

ATANELOV, Levan, STIENS, Steven A. *et al.* [2015], History of physical medicine and rehabilitation and its ethical dimensions, *AMA Journal of Ethics*, 17(6), 568–574, doi: 10.1001/journalofethics.2015.17.6.mhst1-1506.

BEN-YISHAY, Yehuda & DILLER, Leonard [2011], *Handbook of Holistic Neuropsychological Rehabilitation. Outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*, New York: New York University Press.

BETHE, Albrecht & FISCHER, Ernst [1931], Die Anpassungsfähigkeit (Plastizität) des Nervensystems, dans *Handbuch der Normalen und Pathologischen Physiologie*, édité par A. Bethe, Berlin; Heidelberg: Springer, 1045–1130, doi: 10.1007/978-3-642-91026-5_4.

BIANCHI, Bruna [2001], Psychiatrists, soldiers, and officers in Italy during the Great War, dans *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, édité par M. S. Micale & P. Lerner, Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge Studies in the History of Medicine, 222–252, doi: 10.1017/cbo9780511529252.011.
DOI : 10.1017/cbo9780511529252.011

BOHART, Arthur C. [2013], The actualizing person, dans *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy*, édité par M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & A. C. Bohart, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2e éd., 47–63, doi: 10.1007/978-1-137-32900-4_6.

BOHLEBER, Werner [2000], Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse, *Psyche*, 54(09), 797–839, doi : 10.21706/ps-54-9-797.

BOKANOWSKI, Thierry [2015], Le concept de traumatisme en psychanalyse, *Sillages critiques*, 19(19), [en ligne], doi : 10.4000/sillagescritiques.4153.
DOI : 10.4000/sillagescritiques.4153

- BÖSL, Elsbeth [2009], Dis/ability History: Grundlagen und Forschungsstand, *H-Soz-Kult*, 07/07, <http://www.hsozkult.de/literaturereview/id/fdl-136813>.
- BÖSL, Elsbeth, KLEIN, Anne *et al.* (éds.) [2010], *Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte*, Bielefeld: Transcript.
- BREIDBACH, Olaf [1997], *Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BROWN, Edward M. [1995], Post-traumatic stress disorder and shell shock, social section, dans *A History of Clinical Psychiatry*, édité par G. Berrios & R. Porter, Londres: The Athlone Press, 501–508.
- BRUNNER, José [2000], Will, desire and experience: Etiology and ideology in the German and Austrian medical discourse on war neuroses, 1914–1922, *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 295–320, doi: 10.1177/136346150003700302.
DOI : 10.1177/136346150003700302
- BRZOSKO, Zuzanna, MIERAU, Susanna B. *et al.* [2019], Neuromodulation of Spike-Timing-Dependent plasticity: Past, present, and future, *Neuron*, 103(4), 563–581, doi: 10.1016/j.neuron.2019.05.041.
DOI : 10.1016/j.neuron.2019.05.041
- BURTIN, Chris, CLERCKX, Beatrix *et al.* [2009], Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery, *Critical Care Medicine*, 37(9), 2499–2505, doi: 10.1097/ccm.0b013e3181a38937.
DOI : 10.1097/ccm.0b013e3181a38937
- CARONI, Pico, DONATO, Flavio *et al.* [2012], Structural plasticity upon learning: regulation and functions, *Nature Reviews Neuroscience*, 13(7), 478–490, doi: 10.1038/nrn3258.
DOI : 10.1038/nrn3258
- CARTER, Russell E., LUBINSKY, Jay *et al.* [2016], *Rehabilitation Research: Principles and applications*, St. Louis, Missouri: Elsevier, 5e éd.
- CHIRIMUUTA, M. [2020], Cassirer and Goldstein on Abstraction and the Autonomy of Biology, *HOPOS: The Journal of the International Society for the History of Philosophy of Science*, 10(2), 471–503, doi: 10.1086/710181.
DOI : 10.1086/710181
- CICERONE, Keith D., MOTT, Tasha *et al.* [2008], A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(12), 2239–2249, doi: 10.1016/j.apmr.2008.06.017.
DOI : 10.1016/j.apmr.2008.06.017
- CIF [2021], Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Rap. tech., World Health Organization.
- CRISP, Ross [1993], Personal responses to traumatic brain injury: A qualitative study, *Disability, Handicap & Society*, 8(4), 393–404, doi: 10.1080/02674649366780371.
DOI : 10.1080/02674649366780371
- DELVENDAHL, Igor & MÜLLER, Martin [2019], Homeostatic plasticity—a presynaptic perspective, *Current Opinion in Neurobiology*, 54, 155–162, doi: 10.1016/j.conb.2018.10.003.
DOI : 10.1016/j.conb.2018.10.003
- DHOM, Georg [2000], Geschichte der Histopathologie, *Der Pathologe*, 21(4), 285–291, doi : 10.1007/s002920000387.
DOI : 10.1007/s002920000387
- EISSLER, Kurt R. [1992], *Freud sur le front des névroses de guerre (1979)*, Paris : Presses universitaires de France, trad. fr. par M. Drouin, en collaboration avec A. & E. Porge.
- FISCHER-HOMBERGER, Esther [1976], Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden, *Medical History*, 20(3), 352–352, doi: 10.1017/S0025727300023176.
DOI : 10.1017/S0025727300023176
- FISCHER-HOMBERGER, Esther [1999], Zur Medizingeschichte des Traumas, *Gesnerus: Vierteljahrsschrift*, 56, 260–294, doi: 10.5169/SEALS-521107.
DOI : 10.5169/SEALS-521107
- FISH, Jessica, PRINCE, Leyla *et al.* [2018], “Finding the confidence to crack on with things”: A qualitative study of client reflections on holistic neuropsychological rehabilitation several years post-programme, dans *15th Neuropsychological Rehabilitation Special Interest Group of the WFNR*, Prague.
- FRÉMAUX, Nicolas & GERSTNER, Wulfram [2016], Neuromodulated Spike-Timing-Dependent plasticity, and theory of three-factor learning rules, *Frontiers in Neural Circuits*, 9, 85, doi: 10.3389/fncir.2015.00085.
DOI : 10.3389/fncir.2015.00085
- FREUD, Sigmund [1919], Introduction à « Sur la psychanalyse des névroses de guerre », dans *Œuvres complètes, psychanalyse*, Paris : Presses universitaires de France, t. XV, 217–223,

trad. fr. par A. Bourguignon et C. von Petersdorff, 1996.

FREUD, Sigmund [1920], Rapport d'expertise sur le traitement électrique des névrosés de guerre, dans *Œuvres complètes, psychanalyse*, Paris : Presses universitaires de France, t. XV, 225–231, trad. fr. A. Bourguignon et C. von Petersdorff, 1996.

FRISCH, Stefan [2014], Das Primat des Lebendigen : Kurt Goldsteins Konzept des Organismus und seine Implikationen für die heutige Neuropsychologie, *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 25(3), 153–164, doi : 10.1024/1016-264x/a000127.
DOI : 10.1024/1016-264x/a000127

GAY, Peter [1978], *La cultura di Weimar: the outsider as insider*, Bari: Dedalo.

GELB, Adhémar & GOLDSTEIN, Kurt [1920], *Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter*, Leipzig: Barth.

GEROULANOS, Stefanos & MEYERS, Todd [2014], *Experimente im Individuum. Kurt Goldstein und die Fragen des Organismus*, Berlin : August Verlag.

GILART DE KERANFLEC'H, Charlotte [2021], Goldstein et la médecine physique et de réadaptation, l'expérience de la vie « malgré tout », dans *Kurt Goldstein : La Nature humaine à la lumière de la psychopathologie*, Paris : Les Belles Lettres, Médecine et sciences humaines, 71–114, trad. fr. et notes d'A. Camus, C. Gilart de Keranfle'h et M. Gaille.

GOLDBERG, Gary [2009], The legacy of Kurt Goldstein: Phenomenology, brain rehabilitation, and the holistic approach to the function of the human organism, dans *Annual Meeting of the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, Austin.

GOLDSTEIN, Herr Kurt [1922], Über den Einfluß von Sprachstörungen auf das Verhalten gegenüber Farben, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 74(1–4), 260–262, doi: 10.1007/bf02306984.
DOI : 10.1007/bf02306984

GOLDSTEIN, Kurt [1917], Über die Behandlung der Kriegshysteriker, *Medizinische Klinik*, 28, 751–758.

GOLDSTEIN, Kurt [1919], *Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Zugleich ein Beitrag zur Verwendung psychologischer Methoden in der Klinik*, Leipzig: F. C. W. Vogel.

GOLDSTEIN, Kurt [1926], Das Symptom, seine Entstehung und Bedeutung für unsere Auffassung vom Bau und von der Funktion des Nervensystems, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 76(1), 84–108, doi: 10.1007/bf01814686.
DOI : 10.1007/bf01814686

GOLDSTEIN, Kurt [1927], *Die Lokalisation in der Grosshirnrinde: nach den Erfahrungen am kranken Menschen*, Berlin: Springer.

GOLDSTEIN, Kurt [1929], Zum Problem der Tendenz zum ausgezeichneten Verhalten: Zugleich ein Beitrag zur Symptomatologie der Kleinhirn- und Stirnhirnläsion, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 109(1–2), 1–61, doi: 10.1007/bf01940950.
DOI : 10.1007/bf01940950

GOLDSTEIN, Kurt [1930], Die Restitution bei Schädigungen der Hirnrinde, *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 116(1–6), 2–26, doi: 10.1007/bf01653141.
DOI : 10.1007/bf01653141

GOLDSTEIN, Kurt [1931], Über die Plastizität des Organismus auf Grund von Erfahrungen am nervenkranken Menschen, dans *Arbeitsphysiologie II – Orientierung. Plastizität Stimme und Sprache*, édité par A. Bethe, W. v. Buddenbrock, E. Fischer, M. H. Fischer, K. Goldstein, E. Hansen, A. Pick, E. Scharrer, R. Sokolowsky, W. Sulze, R. Thiele & O. Weiss, Berlin, Heidelberg: Springer, 1131–1174, doi: 10.1007/978-3-642-47376-0_5.

GOLDSTEIN, Kurt [1934], *Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen*, The Hague: Nijhoff.
DOI : 10.30965/9783846752814

GOLDSTEIN, Kurt [1959], Notes on the development of my concepts, *Journal of Individual Psychology*, 15(1), 5–14, http://adlerjournals.com/_private/JIP/JIP v15 n1/Notes_on_Development_of_My_Concepts--Goldstein.pdf.

GOLDSTEIN, Kurt [1983], *La Structure de l'organisme : introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*, Tel, Paris : Gallimard, trad. fr. par E. Burekhardt et J. Kuntz de [Goldstein 1934].

GOLDSTEIN, Kurt [2021], *La Nature humaine à la lumière de la psychopathologie*, Paris : Les Belles Lettres, Introduction, traduction et notes de A. Camus, M. Gaille et C. Gilart de Keranfle'h.

GOODLEY, Dan [2011], *Disability Studies : An Interdisciplinary Introduction*, Los Angeles ; Londres : Sage Publications.

GOODWIN, Rachel A., LINCOLN, Nadina B. et al. [2016], Dysexecutive symptoms and carer strain following acquired brain injury: Changes measured before and after holistic neuropsychological

- rehabilitation, *NeuroRehabilitation*, 39(1), 53–64, doi: 10.3233/nre-161338.
- GOUGOULIS, Nicolas [2004], Freud et les psychiatres, *Topique*, 88(3), 17–35, doi : 10.3917/top.088.0017.
DOI : 10.3917/top.088.0017
- GRACEY, Fergus, PALMER, Siobhan *et al.* [2008], “Feeling part of things”: Personal construction of self after brain injury, *Neuropsychological Rehabilitation*, 18(5–6), 627–650, doi: 10.1080/09602010802041238.
DOI : 10.1080/09602010802041238
- GRIMM-STADELMANN, Isabel & BENZEHÖFER, Udo [2016], Die Universitätsmedizin in Frankfurt am Main von 1914 bis 2014, <http://www.jstor.org/stable/24894538>.
- HAŞEGAN, Daniel, DEIBLE, Matt *et al.* [2022], Training spiking neuronal networks to perform motor control using reinforcement and evolutionary learning, *Frontiers in Computational Neuroscience*, 16, 1–21, doi: 10.3389/fncom.2022.1017284.
DOI : 10.3389/fncom.2022.1017284
- HAMMERSTEIN, Notker [2012], *Die Johann Wolfgang Goethe-Universitaet Frankfurt am Main von der Stiftungsuniversitaet zur staatlichen Hochschule*, t. 1: 1914 bis 1950, Göttingen: Wallstein Verlag.
- HOLDORFF, Bernd & DENING, Tom [2011], The fight for “traumatic neurosis”, 1889–1916: Hermann Oppenheim and his opponents in Berlin, *History of Psychiatry*, 22(4), 465–476, doi: 10.1177/0957154X10390495.
DOI : 10.1177/0957154X10390495
- HOLLEMAN, Meike, VINK, Martie *et al.* [2016], Effects of intensive neuropsychological rehabilitation for acquired brain injury, *Neuropsychological Rehabilitation*, 28(4), 649–662, doi: 10.1080/09602011.2016.1210013.
DOI : 10.1080/09602011.2016.1210013
- HURST, Felicity G., OWNSWORTH, Tamara *et al.* [2018], Domain-specific deficits in self-awareness and relationship to psychosocial outcomes after severe traumatic brain injury, *Disability and Rehabilitation*, 42(5), 651–659, doi: 10.1080/09638288.2018.1504993.
DOI : 10.1080/09638288.2018.1504993
- JUILLET, Pierre & MOUTIN, Pierre [1969], *Psychiatrie militaire*, Paris : Masson.
- KLINKE, Rainer [2006], Geschichte der Neurowissenschaften in Frankfurt am Main, dans *Vortrag anlässlich der Errichtung des Interdisziplinären Zentrums für Neurowissenschaften (November 11, 2006)*, Frankfurt am Main: Johann Wolfgang von Goethe University.
- KNORR-CETINA, Karin [1988], Das naturwissenschaftliche Labor als Ort der “Verdichtung” von Gesellschaft, *Zeitschrift für Soziologie*, 17(2), 85–101, doi: 10.1515/zfsoz-1988-0201.
DOI : 10.1515/zfsoz-1988-0201
- KOLLE, Kurt [1963], *Grosse Nervenärzte*, Stuttgart: G. Thieme Verlag.
- KUDLICK, Catherine J. [2003], Disability history: Why we need another “other”, *The American Historical Review*, 108(3), 763–793, doi: 10.1086/529597.
DOI : 10.1086/529597
- LERNER, Paul [2003], *The Hysterical Men*, Ithaca: Cornell University Press.
- LINKER, Beth [2013], On the borderland of medical and disability history: A survey of the fields, *Bulletin of the History of Medicine*, 87(4), 499–535, doi: 10.1353/bhm.2013.0074.
DOI : 10.1353/bhm.2013.0074
- LIPSTEIN, Steven H. & KELLERMANN, Arthur L. [2016], Workforce for 21st-century health and health care, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1665–1666, doi: 10.1001/jama.2016.13715.
DOI : 10.1001/jama.2016.13715
- LONGMORE, Paul K. & UMANSKY, Lauri [2001], Disability history: From the margins to the mainstream, dans *The New Disability History: American perspectives*, New York: New York University Press.
- MARKS, Deborah [2014], *Disability: Controversial Debates and Psychosocial Perspectives*, Londres: Routledge, doi: 10.4324/9781315006031.
DOI : 10.4324/9781315006031
- MAURAN, Liliane [1995], Troubles nerveux et pithiatisme chez les soldats français, pendant la Grande Guerre, *Histoire des Sciences médicales*, 29(1), 63–70, <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1995x029x001/HSMx1995x029x001x0063.pdf>.
- MERSKEY, Harold [1995], Post-traumatic stress disorder and shell shock, clinical section, dans *A History of Clinical Psychiatry*, édité par G. Berrios & R. Porter, Londres: The Athlone Press, 490–500.
- MICALE, Mark S. [2001], Jean-Martin Charcot and *les névroses traumatiques*: From medicine to culture in French trauma theory of the late nineteenth century, dans *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930*, Cambridge: Cambridge University

- Press, Cambridge Studies in the History of Medicine, 115–139, doi: 10.1017/cbo9780511529252.007.
DOI : 10.1017/cbo9780511529252.007
- MILANO, Gianluca, PEDRETTI, Giacomo *et al.* [2020], Brain-inspired structural plasticity through reweighting and rewiring in multi-terminal self-organizing memristive nanowire networks, *Advanced Intelligent Systems*, 2(8), 2000 096, doi: 10.1002/aisy.202000096.
DOI : 10.1002/aisy.202000096
- MORGAN, Jennifer R. [2017], Spinal cord repair and regeneration, dans *Regenerative Engineering and Developmental Biology*, Boca Raton: CRC Press, 477–497, doi: 10.1201/9781315120188-26.
DOI : 10.1201/9781315120188-26
- NILSSON, Charlotte, BARTFAI, Aniko *et al.* [2011], Holistic group rehabilitation – A short cut to adaptation to the new life after mild acquired brain injury, *Disability and Rehabilitation*, 33(12), 969–978, doi: 10.3109/09638288.2010.528141.
DOI : 10.3109/09638288.2010.528141
- NONNE, Max [1922], Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 bis 1918, dans *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege (1914-1918)*, édité par K. Bonhoeffer, Leipzig: Barth, 108 sq.
- OPPENHEIM, Hermann [1886], Über die Bedeutung des Schrecks für die Krankheiten des Nervensystems, Habilitation Thesis (Antrittsvorlesung), Archives Humboldt University Berlin, file 1381.
- OWNSWORTH, Tamara & HASLAM, Catherine [2014], Impact of rehabilitation on self-concept following traumatic brain injury: An exploratory systematic review of intervention methodology and efficacy, *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(1), 1–35, doi: 10.1080/09602011.2014.977924.
DOI : 10.1080/09602011.2014.977924
- PEIFFER, Jürgen [2004], *Hirnforschung in Deutschland 1849 bis 1974*, Berlin; Heidelberg: Springer, doi: 10.1007/978-3-642-18650-9.
- POTHIER, Dianne & DEVLIN, Richard [2011], *Critical Disability Theory: Essays in Philosophy, Politics, Policy and Law*, Vancouver: UBC Press.
- PRIEBE, Stefan, NOWAK, Marion *et al.* [2002], Trauma und Psyche in der deutschen Psychiatrie seit 1889, *Psychiatrische Praxis*, 29(1), 3–9, doi : 10.1055/s-2002-19673.
DOI : 10.1055/s-2002-19673
- RADKAU, Joachim [1998], *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, Munich: Fink.
- RIEDESSER, Peter & VERDERBER, Axel [1996], *“Maschinengewehre hinter der Front”: zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*, Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- RIMPAU, Wilhelm [2015], Die Krise der Neurologie in erkenntnistheoretischer Weise. Kontroverse zwischen Viktor von Weizsäcker, Kurt Goldstein und Otfried Foerster zum Lokalisationsprinzip 1930, *Neurologie & Rehabilitation*, 21(6), 299–303.
DOI : 10.1007/s00115-008-2640-x
- ROCHAT, Lucien, RENAUD, Olivier *et al.* [2020], Self-defining memories after severe traumatic brain injury: A preliminary study, *Journal of Neuropsychology*, 15(1), 112–128, doi: 10.1111/jnp.12212.
DOI : 10.1111/jnp.12212
- ROTHER, Hans-Joachim [1996], Ein exemplarisches Schicksal: Karl Landauer (1887–1945), dans *Psychoanalyse in Frankfurt am Main*, édité par T. Plänklers, M. Laier & H. H. Otto, Tübingen: Edition Diskord, 97–108.
- ROUDEBUSH, Marc [2001], A battle of nerves: Hysteria and its treatments in France during World War I, dans *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930*, Cambridge: Cambridge University Press, Cambridge Studies in the History of Medicine, 253–279, doi: 10.1017/cbo9780511529252.012.
DOI : 10.1017/cbo9780511529252.012
- ROY, Callista [1997], Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation, *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 42–48, doi: 10.1177/089431849701000113.
DOI : 10.1177/089431849701000113
- ROY, Callista [2001], Alterations in cognitive processing, dans *American Association of Neuroscience Nurses’ neuroscience nursing: Human responses to neurologic dysfunction*, édité par C. Stewart-Amidei & J. A. Kunkel, Philadelphia: Saunders, 275–323.
- RUSK, Howard A. [2008], A world to care for, *American Journal of Public Health*, 98(2), 254–257, doi: 10.2105/ajph.98.2.254.
DOI : 10.2105/ajph.98.2.254

- SALAS, Christian E. & PRIGATANO, George P. [2018], From meaning to symptom reduction: contemporary approaches to psychotherapy after traumatic brain injury, *Revista Chilena de Neuropsicología*, 13(2), 22–29.
- SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter [1999], Die “Traumatische Neurose” – Soziale Versicherung und der Griff der Psychiatrie nach dem Unfallpatienten, dans *Medizingeschichte und Gesellschaftskritik*, édité par M. Hubenstorf, Husum: Matthiesen, 123–134.
- SELZER, M. E., CLARKE, S. *et al.* (éds.) [2014], *Textbook of Neural Repair and Rehabilitation*, Cambridge University Press, 2e éd., doi: 10.1017/CBO9780511995590.
DOI : 10.1017/CBO9780511995590
- SEMPRINI, Marianna, LAFFRANCHI, Matteo *et al.* [2018], Technological approaches for neurorehabilitation: From robotic devices to brain stimulation and beyond, *Frontiers in Neurology*, 9, 212, doi: 10.3389/fneur.2018.00212.
DOI : 10.3389/fneur.2018.00212
- SHANY-UR, Tal, BLOCH, Ayala *et al.* [2020], Efficacy of postacute neuropsychological rehabilitation for patients with acquired brain injuries is maintained in the long-term, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(1), 130–141, doi: 10.1017/s1355617719001024.
DOI : 10.1017/s1355617719001024
- SIEGERT, R. J. & LEVACK, W. M. M. (éds.) [2015], *Rehabilitation Goal Setting: Theory, Practice and Evidence*, Boca Raton: CRC Press.
- STAHNISCH, Frank W. [2016], From “nerve fiber regeneration” to “functional changes” in the human brain—on the paradigm-shifting work of the experimental physiologist Albrecht Bethe (1872–1954) in Frankfurt am Main, *Frontiers in Systems Neuroscience*, 10, 13, doi: 10.3389/fnsys.2016.00006.
DOI : 10.3389/fnsys.2016.00006
- STARKE, Peter [2018], The impact of war on welfare state development in Germany, dans *Warfare and Welfare: Military Conflict and Welfare State Development in Western Countries*, édité par H. Obinger, K. Petersen & P. Starke, Oxford: Oxford University Press, 36–66, doi: 10.1093/oso/9780198779599.003.0002.
DOI : 10.1093/oso/9780198779599.003.0002
- STAROBINSKI, Jean [1999], *Action et réaction : vie et aventures d'un couple*, Paris : Seuil.
- TAUB, Edward [2015], *Neuroplasticity and Neurorehabilitation*, Lausanne : Frontiers SA Media, doi : 10.3389/978-2-88919-392-9.
- TESAK, Jürgen [2001], *Die Geschichte der Aphasie*, Idstein : Schulz-Kirchner.
- TESAK, Jürgen & CODE, Christopher [2008], *Milestones in the History of Aphasia: Theories and protagonists*, Hove: Psychology.
- TRACY, Joseph I., HAMPSTEAD, Benjamin M. *et al.* (éds.) [2015], *Cognitive Plasticity in Neurologic Disorders*, New York: Oxford University Press, doi: 10.1093/med/9780199965243.001.0001.
DOI : 10.1093/med/9780199965243.001.0001
- TURNER-STOKES, Lynne [2008], Evidence for the effectiveness of multi-disciplinary rehabilitation following acquired brain injury: A synthesis of two systematic approaches, *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(9), 691–701, doi: 10.2340/16501977-0265.
DOI : 10.2340/16501977-0265
- TURNER-STOKES, Lynne, DISLER, Peter *et al.* [2003], Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, doi: 10.1002/14651858.cd004170.
DOI : 10.1002/14651858.cd004170
- WADE, Derick T. & HALLIGAN, Peter W. [2004], Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?, *BMJ*, 329(7479), 1398–1401, doi: 10.1136/bmj.329.7479.1398.
DOI : 10.1136/bmj.329.7479.1398
- WIROTIUS, Jean-Michel [2004], La notion de fonction en rééducation : en rééducation tout est fonctionnel, *Journal de réadaptation médicale : Pratique et formation en médecine physique et de réadaptation*, 24(4), 140–148, doi : 10.1016/s0242-648x(04)99409-1.
- ZEITER, Walter J. [1954], The history of the American Congress of Physical Medicine and Rehabilitation, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 35(11), 683–688.
- ZISCHEK, Christoph, GRUNWALD, Erhard *et al.* [2018], Organization of the German Army Medical Service 1914–1918 and the role of academic surgeons, *Canadian Journal of Surgery*, 61(4), 223–225, doi: 10.1503/cjs.005118.
DOI : 10.1503/cjs.005118

1 Dans la suite du texte les trois ouvrages suivants de Goldstein sont désignés comme suit :

HNLP = La Nature humaine à la lumière de la psychopathologie, 1940, [Goldstein 2021].

AUF = La Structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine, 1934, [Goldstein 1983].

NDC = « Notes on the development of my concepts » [Goldstein 1959].

2 Handicap et maladie sont intrinsèquement liés d'un point de vue historique et médical, bien qu'un handicap puisse survenir en dehors d'une maladie et qu'une maladie puisse s'exprimer sans générer de handicap. Par exemple, pendant la première guerre mondiale la cause la plus fréquente de handicap était la tuberculose, aujourd'hui la majorité des situations de handicap dans les pays riches est due aux maladies cardiovasculaires.

3 Nous empruntons ce titre à l'ouvrage de Gay [1978].

4 À l'exception d'Henri Wallon mobilisé comme médecin militaire pendant toute la guerre.

5 Thèse du conflit du « Moi pacifique » et du « Moi guerrier » chez Abraham, soutenue lors du Ve Congrès international de psychanalyse [Mauran 1995].

6 Il est nommé expert dans la commission devant statuer sur les dérives de la médecine militaire, notamment celles de Wagner von Jauregg pour son usage intensif et barbare de l'électrothérapie [Eissler 1992], [Freud 1920].

7 En Allemagne, mais aussi en France [Roudebush 2001], en Angleterre [Brown 1995] et en Italie [Bianchi 2001].

8 Le terme de plasticité neuronale, employé à la fois par Ramón y Cajal, en Espagne, et Albrecht Bethe, en Allemagne, était une hypothèse marginalisée en neurologie.

9 Aujourd'hui la communauté scientifique confirme ce pluriel [Tracy, Hampstead *et al.* 2015], [Taub 2015]. Biologiquement, les réseaux de neurones sont régis par des plasticités variées, notamment la plasticité dépendante de la synchronisation des pointes [Frémaux & Gerstner 2016], [Brzosko, Mierau *et al.* 2019], la plasticité structurelle [Caroni, Donato *et al.* 2012], [Milano, Pedretti *et al.* 2020] et la plasticité homéostatique [Delvendahl & Müller 2019], [Hasegan, Deible *et al.* 2022].

10 Institut de recherche pour l'étude des conséquences des cérébrolésions.

11 À l'Institut, Goldstein pouvait compter sur les compétences croisées, entre autres, d'Albrecht Bethe, du physiologiste Wilhem Fuchs, du philosophe et psychologue Adhémar Gelb, du neuropathologiste Karl Stern, du psychiatre Walther Riese, de Fritz Perls, assistant à l'Institut [Rothe 1996].

12 Neuroanatomie, pathologie, physiologie, histologie, psychologie, neurochirurgie et chirurgie traumatologique.

13 Il avait aussi tissé des liens avec de nombreux intellectuels dont le philosophe et sociologue Max Horkheimer et le théologien Paul Tillich, aumônier de l'armée pendant la guerre et connaissant en profondeur les expériences vécues par les soldats cérébrolésés [Grimm-Stadelmann & Benzenhöfer 2016].

14 Lors du XX^e Congrès de la Société des neurologues allemands à Dresde, en 1930, Goldstein a pu présenter ses résultats sur la récupération post-lésion corticale [Goldstein 1930]. Il est soutenu par Viktor von Weizsäcker [Rimpau 2015] mais provoque une crise lorsqu'il soutient que les symptômes des traumatisés crâniens ne sont pas seulement des déficits, mais aussi des tentatives de l'organisme entier pour retrouver un équilibre biologique et fonctionnel [Goldstein 1929] et qu'il est vain de vouloir superposer strictement localisation lésionnelle et localisation fonctionnelle [Goldstein 1927].

15 Par exemple, quand il étudie l'impact des aphasies sur la perception des couleurs [Goldstein 1922], des formes [Gelb & Goldstein 1920], l'impact de la cérébrolésion sur le pointage et la préhension [Goldstein 1931].

16 Goldberg [2009] et Salas & Prigatano [2018] ont montré l'impact qu'avait eu le concept d'actualisation de soi dans l'histoire de la réhabilitation *cognitive*.

17 Le *rehabilitative care* désigne l'un des quatre piliers de la médecine actuelle : 1. Promotion de la santé tout au long de la vie [*Along life health promotion*]. 2. Soins aigus et critiques [*acute and critical care*]. 3. Soins réhabilitateurs et chronicité [*rehabilitative care-chronicity*]. 4. Soins aux personnes âgées, soins palliatifs et soins de fin de vie [*elderly care and palliative-end of life care*], [Lipstein & Kellermann 2016].

18 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 80 % des prestations de soins concerneront le soin réhabilitateur et seront fournies, au niveau mondial, à des personnes souffrant de maladies chroniques et/ou de grand vieillissement (Projections OMS 2030).

19 Cela ne doit pas étonner dans la mesure où la science infirmière, telle qu'elle s'est académisée aux États-Unis, a construit des théories et des modèles théoriques à spectre modéré fortement empreints de la réception américaine du concept d'actualisation de soi goldsteinien [Bohart 2013].

20 Il est vrai que les modélisations récentes sur l'allongement de la vie en fonction des données démographiques dans les pays riches leur donnent raison, puisque, selon les projections de l'OMS, nous vivrons tous en situation de handicap neurosensoriel au moins pendant 10 ans.

Pour citer cet article

Référence papier

Charlotte Gilart de Keranflec'h, « « Outsider as Insider », la neuroréhabilitation selon Goldstein », *Philosophia Scientiæ*, 28-3 | 2024, 117-145.

Référence électronique

Charlotte Gilart de Keranflec'h, « « Outsider as Insider », la neuroréhabilitation selon Goldstein », *Philosophia Scientiæ* [En ligne], 28-3 | 2024, mis en ligne le 03 novembre 2024, consulté le 06 novembre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/4470> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/12frq>

Auteur

Charlotte Gilart de Keranflec'h

Haute École de Santé Vaud (Hesav), Institut des Humanités Médicales (IHM), Lausanne (Suisse)
Laboratoire SPHERE du CNRS, Paris (France)

Articles du même auteur

Kurt Goldstein : biologie, anthropologie, clinique. Introduction [Texte intégral]

Kurt Goldstein: Biology, Anthropology, and the Clinic. Introduction

Paru dans *Philosophia Scientiæ*, 28-3 | 2024

Droits d'auteur



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.